DWS-HCD 871-SP
Rev 08/2014

Department of Workforce Services

Solicitud para el Programa H.E.A.T./HELP/EAF Objetivo de Asistencia de Energía del Hogar

(Home Energy Assistance Target)

Solicitud para H.E.A.T. — Familias de una Sola Persona

1. Información del Solicitante

Nombre: _____ Fecha: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Paterno

N° de Seguro Social: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de Nacimiento: _____
Día Mes Año

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

N° de Teléfono: _____ Dirección de Email: _____

2. ¿Ha solicitado el Programa H.E.A.T. antes? ☐ Sí ☐ No Si respondió "Sí", Fecha: _____ Oficina: _____

3. Origen Étnico: ☐ Indio Americano ☐ Blanco ☐ Hispano ☐ Negro ☐ Asiático
☐ Isleño del Pacífico ☐ Otro: _____

4. Usted es: Ciudadano de los EE.UU: ☐ Sí ☐ No De 60 años de edad o mayor: ☐ Sí ☐ No
Discapacitado o Minusválido: ☐ Sí ☐ No Está Recibiendo SNAP (Asistencia Alimenticia): ☐ Sí ☐ No

5. Su vivienda es un(a) (marque una): ☐ Dept. (3 o más unidades) ☐ Casa ☐ Dúplex
☐ Casa remolque pequeña ☐ Casa móvil ☐ Cuarto de pensión
☐ Departamento de sótano ☐ Condominio ☐ Casa adosada

6. ¿Usted alquila o es dueño de su casa? ☐ Renta ☐ Dueño ¿Cuál es la fuente principal de calefacción? _____

¿Cuál es la fuente secundaria de calefacción? _____ ¿Cuál es la fuente principal de aire acondicionado? _____

7. ¿Es su renta subsidiada? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto es el pago de la renta o hipoteca mensual? $ _____

8. ¿Su renta incluye servicios públicos? ☐ Sí ☐ No
(Si respondió "Sí", debe incluir una copia del formulario de Declaración de Vivienda / de Propietario)

¿Qué servicios públicos? _____

9. ¿Hay alguien más viviendo con usted ahora? ☐ Sí ☐ No (Si respondió "Sí", haga una cita con su oficina local de HEAT (llame al 2-1-1 para obtener el número de teléfono). Esta solicitud es sólo para hogares de solamente una persona.

10. Usted debe adjuntar copias de sus cuentas de servicios públicos más recientes. El pago de HEAT se debe hacer para el/los siguientes servicio(s) público(s) en los porcentajes que se listan abajo: (100%, 50/50%, o 25/75%): El pago no se puede cambiar una vez que la solicitud ya se ha presentado. Asegúrese de poner un círculo alrededor de Estado de Cuenta de cada servicio público. Si usted pone un círculo alrededor de "48HR" usted debe incluir una copia de su notificación de "Corte de Suministro Eléctrico en 48 horas". Para gas propano, ponga un círculo alrededor de "ON" si tiene suministro, "OFF" si ya no tiene o está desconectado, y "48HR" si se le agotará dentro de 48 horas.

%	Nombre de la(s) Compañía(s) de Servicios Públicos	Estado de Cuenta	Número(s) de Cuenta(s)	Nombre en la Cuenta (Si no es el solicitante, provea explicación)
		ON / OFF / 48HR		
		ON / OFF / 48HR		
		ON / OFF / 48HR		

Nombre de la compañía de electricidad y número de cuenta si no las incluyó arriba: _____

11. **Ingresos** (debe proveer comprobantes de ingresos): Ponga la cantidad bruta (antes de los impuestos) de ingresos recibidos de cada fuente para el **mes pasado**. Estos ingresos documentados son para el mes de: _____

Salarios (Tiempo Parcial/Completo/ Por Cuenta Propia)	$_____	Seguro de Desempleo	$_____
Jubilación de Ferrocarriles	$_____	Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)	$_____
Beneficios a Excombatientes	$_____	Asistencia General (G.A.)	$_____
Seguro Social	$_____	Ingresos de Propiedades de Renta	$_____
Pensión/Anualidades/Jubilación	$_____	Otro: _____	$_____

12. **Deducciones:** ¿Hizo algún pago a doctores, hospital, o clínica médica o dental, o por primas de seguro de salud, dental o de vista o ha tenido que pagar recetas médicas autorizadas por un doctor, oxigeno, anteojos/lentes de contacto, o audífonos el **último mes**? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", debe incluir copias de los recibos junto con esta solicitud. Todos los recibos deben ser pagados en el mismo mes de la lista de ingresos arriba.

Ingreso Total: $ _____ Deducciones Totales: : $_____ Ingreso Neto: $_____

DECLARACIÓN: Yo entiendo que no se puede cambiar ni el proveedor de servicios públicos ni el porcentaje de mi pago HEAT. Al firmar esta solicitud, yo certifico bajo pena de perjurio que la información que entrego en esta solicitud es verdadera, y que el proveer información falsa puede requerir el tener que devolver todos los fondos recibidos. Estoy de acuerdo con cooperar con los oficiales estatales o federales con el cumplimiento de cualquier revisación de mi solicitud y con entregar toda la información necesaria para verificar cualquier declaración incluida aquí. Yo autorizo las compañías de servicios públicos para que provean mi información de mi cuenta y uso al Estado de Utah. Mediante la presente yo autorizo a los oficiales del programa HEAT para que hagan investigaciones con personas, compañías, instituciones financieras, y de otras agencias estatales o federales para asistir en el proceso de mi solicitud. Yo entiendo si yo no presento toda la información necesaria para establecer mi elegibilidad dentro de 10 días desde esta fecha, se me puede negar mi solicitud. Yo también entiendo que tengo el derecho a tener una Audiencia Imparcial (Fair Hearing) si se me deniega la solicitud. Yo además entiendo que si los fondos federales de HEAT se agotan antes de terminar de procesar mi solicitud, el Estado de Utah no tiene ninguna obligación de hacer pagos. Yo también entiendo que si me niega mi solicitud o si la oficina local no ha cumplido con tomar acción en mi caso dentro de 45 días, yo tengo el derecho a pedir una Audiencia Imparcial. Con esto también verifico que, si califico, me gustaría recibir el programa de descuentos HELP de Rocky Mountain Power y el de crédito de EAF (Fondo de Asistencia para Energía) de Questar Gas.

_____ _____

Firma Fecha

USO OFICIAL: Office Code: _____ Worker: _____ Editor: _____ Fuel Type: _____

☐ House Standard ☐ Apartment Standard ☐Room/board ☐Actual amount $_____

Programa/Empleador No Discriminatorio

Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles para personas minusválidas bajo petición al llamar al (801) 526-9240. Las personas con impedimentos en el habla y /o sordera pueden marcar el número 711 (Relay Utah). Para asistencia en español, marque el número 1-888-346-3162.